

Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 4. Toepassing vergt een implementatiestrategie

Het toepassen van een klinische richtlijn behoeft ondersteuning in de praktijk. Het systematisch implementeren van evidencebased richtlijnen in de mondzorgpraktijk is echter geen gemeengoed. Het Kennisinstituut Mondzorg biedt de mogelijkheid om bij het opzetten van een richtlijn al rekening te houden met mogelijke bevorderende en belemmerende factoren. Deze factoren, die betrekking hebben op de richtlijn en de mondzorgpraktijk, zijn de ingrediënten voor een implementatieprogramma op maat met wetenschappelijke basis. Onderdeel van elk implementatieprogramma zijn de kwaliteitsindicatoren afgeleid van een klinische praktijkrichtlijn. Deze indicatoren worden afgestemd op enerzijds de specifieke doelen van een klinische praktijkrichtlijn (patiëntveiligheid, effectiviteit, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, tijdigheid, toegankelijkheid) en anderzijds de verschillende gebruikers, zoals patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders. Deze kwaliteitsindicatoren geven zicht op het volgen van de richtlijnen, het resultaat van een behandeling en het succes van de implementatiestrategie, allemaal met als doel het verbeteren van de kwaliteit van de mondzorg.

Braspenning JCC, Mettes TGPH, Sanden WJM van der, Wensing MJP.

Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 4. Toepassing vergt een implementatiestrategie

Ned Tijdschr Tandheelk 2015; 122: 148-155

doi: 10.5177/ntvt.2015.03.14251

Inleiding

In de afgelopen decennia is in Nederland gewerkt aan een gestructureerde methodiek voor evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO) voor de klinische praktijk (Everdingen et al, 2013). Evidencebased klinische richtlijnen geven aanbevelingen op basis van wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met ervaringskennis en (soms impliciet) ideeën over de praktische uitvoering. Deze aanbevelingen beogen zorgverleners en patiënten te ondersteunen in hun besluitvorming in de praktijk. Het uitgangspunt voor deze besluitvorming is het leveren van goede kwaliteit van zorg, dat wil zeggen veilige, effectieve, doelmatige, patiëntgerichte zorg, die tijdig en voor alle zorgvragers in gelijke mate beschikbaar en toegankelijk is (Institute of Medicine, 2001). Om zicht te krijgen op de mate waarin de praktijk klinische richtlijnen volgt (adherentie), kan de geleverde zorg in kaart worden gebracht met behulp van zogenoemde kwaliteitsindicatoren die zijn afgeleid van deze richtlijnen. In de 'Richtlijn voor richtlijnen' wordt aanbevolen om deze kwaliteitsindicatoren onderdeel te laten zijn van het richtlijndocument (Regieraad Kwaliteit van zorg, 2012).

De mondzorg staat aan het begin van het systematisch ontwikkelen van evidencebased klinische praktijkrichtlijnen. Het ontwikkelen van een richtlijn in een gestructureerd en

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel heeft u inzicht in:

- de factoren die een effectieve implementatie van een evidencebased klinische praktijkrichtlijn beïnvloeden;
- het belang en de methodiek van het opstellen van een implementatieprogramma en kwaliteitsindicatoren;
- en de wijze waarop het gebruik van praktijkrichtlijnen kan worden bevorderd.

gecoördineerd programma door een betrouwbare onafhankelijke organisatie bevordert het gebruik in de praktijk (Brouwers et al, 2010). Het recent gestarte Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) voert deze taak uit voor de richtlijnen in de mondzorg (www.kennisinstituutmondzorg.nl). In de mondzorg wordt gesproken van een klinische praktijkrichtlijn, een KPR. KiMo borgt met een gestructureerd programma voor evidencebased richtlijnontwikkeling de kwaliteit van de richtlijn, maar daarnaast spelen ook andere factoren een rol in de uiteindelijke toepassing. In deze bijdrage wordt ingegaan op de factoren die de toepassing van richtlijnen beïnvloeden en op mogelijk passende maatregelen die het gebruik bevorderen. Deze maatregelen worden implementatiestrategieën genoemd. De reden voor het ontwikkelen van implementatiestrategieën is gelegen in het feit dat het uitbrengen van een richtlijn niet gelijk staat aan het toepassen van deze richtlijn in de praktijk (Grol et al, 2003).

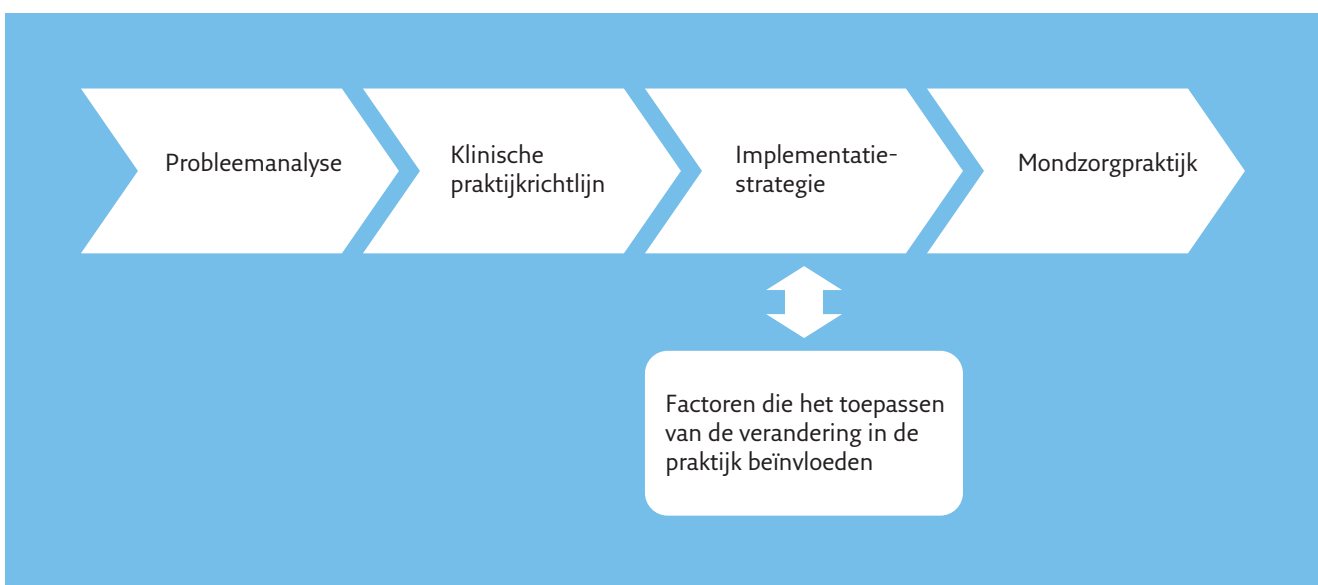
Het opstellen van een klinische praktijkrichtlijn wordt ingegeven door de beschikbaarheid van nieuwe kennis of een belangrijke tekortkoming in de geleverde zorg. Als een klinische praktijkrichtlijn wordt uitgebracht, zullen de zorgverleners uit de mondzorgpraktijk er kennis van moeten nemen. Sinds de komst van internet hoeft beschikbaarheid van een klinische praktijkrichtlijn niet langer een probleem te zijn, maar is de uitdaging voor een drukke mondzorgpraktijk eerder het selecteren van relevante informatie. Als de klinische praktijkrichtlijn in een mondzorgpraktijk wordt geïntroduceerd, zullen de medewerkers uit de mondzorgpraktijk zich een mening willen vormen over het aangeboden (nieuwe) inzicht, waarbij ook de invloed op de bestaande werkwijze wordt meegewogen. Het werken volgens een nieuwe klinische praktijkrichtlijn betekent een verandering in de mondzorgpraktijk. Een klinische praktijkrichtlijn kan zich richten op het introduceren van een nieuwe werkwijze die een andere vervangt of aanvullend is aan bestaande werkwijze, maar ook op het afbouwen van bestaande praktijken. In het eerste geval wordt gesproken van implementatie en in het tweede geval van de-implementatie. Een succesvolle verandering in de bestaande zorgprocessen en/of de zorgorganisatie heeft aandacht en begeleiding nodig.

Intermezzo 1. De halfjaarlijkse controle

Een praktijkroutine uit het verleden betreft het halfjaarlijks controleren van alle patiënten op voornamelijk 'gaatjes', ook wel cariësdetectie genoemd. Deze praktijkroutine is ontstaan in de periode direct na de Tweede Wereldoorlog, waarin cariës een volksziekte was. Halfjaarlijks omdat de progressie van cariës in korte tijd bij het merendeel van de mensen in Nederland tot veel pijn en ongemak leidde, met uiteindelijk vaak vroegtijdig gebitsverlies. Halfjaarlijkse inspectie was eenvoudig af te spreken, gaf een goede logistieke spreiding van het (te) grote aanbod van patiënten (werkdruk), bood de mogelijkheid preventief gedrag bij herhaling te stimuleren en was voor iedereen duidelijk. Het halfjaarlijks bezoek aan de mondzorgpraktijk heeft zowel voor de zorgverleners als patiënten allerlei voordelen (bijvoorbeeld dat routine-afspraken de naleving van preventief gedrag bevorderen) en vormt daarmee een stevig verankerde praktijkroutine.

Intermezzo 2. Vervanging restauratiemateriaal

Tandartsen gebruikten decennialang amalgaam als restauratiemateriaal van eerste keus in het posterieure gebied. Patiënten vonden dat weliswaar niet fraai, maar accepteerden deze behandeling. Met het stijgen van de welvaart kwam er ook meer aandacht voor esthetiek, waardoor er vanuit de patiëntengroep steeds meer vraag kwam naar tandkleurige restauratiematerialen. Binnen relatief korte tijd nam het gebruik van amalgaam sterk af en ging de beroepsgroep over tot het gebruik van composiet als restauratiemateriaal van eerste keus, hoewel dit een omdenken in preparatie en restauratietechniek vereiste. Door technologische innovatie en druk van patiënten kon deze snelle verandering in relatief korte tijd plaatsvinden.



Afb. 1. Ondersteuning van de toepassing in de praktijk van een klinische praktijkrichtlijn.

Opgebouwde routines, bestaande logistieke processen, financiële belangen of de werkdruk van alle dag maken dat veranderingen nogal eens lastig zijn te realiseren. Zo is de systematiek van de halfjaarlijkse controle in de mondzorgpraktijk lastig te doorbreken, omdat deze stevig is verankerd in de dagelijkse praktijk en allerlei voordelen met zich meebrengt (intermezzo 1). Overigens zijn niet alle routines lastig te doorbreken. Soms zijn de voordelen voor alle partijen zo evident, dat voor de invoering nauwelijks begeleiding nodig is (intermezzo 2).

Kortom, hoewel in de aanleiding van het ontwikkelen van een klinische praktijkrichtlijn voldoende argumentatie ligt voor het inzetten van een verandering, is dit in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend. Beoogde uitkomsten worden dan onvoldoende gerealiseerd. In dit artikel wordt aandacht besteed aan de kennis over effectieve implementatie en de toepassing daarvan bij het ontwikkelen van een klinische praktijkrichtlijn. Ook wordt ingegaan op de methodiek van het opstellen van een implementatieprogramma en de kwaliteitsindicatoren. Beide worden steeds vaker toegevoegd aan richtlijnen, waarmee een totaalpakket van kwaliteitsbevor-

dering wordt aangeboden. Deze bijdrage wordt afgesloten met een beschouwing over het bevorderen van het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen.

Kennis over effectieve implementatie

Een manier om de zorgpraktijk te verbeteren is het ontwikkelen en verspreiden van een klinische praktijkrichtlijn. Of dit een geschikte methode is, zal afhangen van de probleemanalyse. Het uitbrengen van een klinische praktijkrichtlijn is niet altijd de meest geëigende interventie voor het oplossen van een probleem (Woolf et al, 1999; Campbell et al, 2013). Een controversieel probleem laat zich doorgaans niet oplossen door het uitbrengen van een klinische praktijkrichtlijn.

Als de keuze is gevallen op het uitbrengen van een klinische praktijkrichtlijn, kan het gebruik worden ondersteund met kennis over bevorderende of belemmerende factoren. Inzicht in deze factoren maakt het mogelijk een plan van aanpak, een implementatiestrategie, op maat te maken, zodat de toepassing van een klinische praktijkrichtlijn zijn weg naar de mondzorgpraktijk kan vinden (afb. 1) (Grol et al, 2013).

Voor het implementeren van een klinische praktijkrichtlijn is het handig de mogelijk beïnvloedende factoren te inventariseren (wetenschappelijke literatuur) en te ordenen, zodat beter gezocht kan worden naar een passende oplossing. Grol et al (2013) hanteren daarvoor 4 categorieën: individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren. Uit elke categorie wordt hieronder een voorbeeld gegeven en wordt een mogelijk passende maatregel beschreven:

1. Stel, een tandarts geeft aan dat hij behoefte heeft aan een helder overzicht van de aanbevelingen uit de klinische praktijkrichtlijn. Een oplossing die daarbij zou passen is het maken van een handzame samenvatting op een kaartje of in een app (een reminder). Vanuit het implementatieonderzoek wordt aangeraden het uitwerken van een reminder te koppelen aan het geven van feedback (Grol et al, 2013). Maar ook het bijwonen van nascholing is een effectieve eerste stap voor het verkrijgen van overzicht en daarmee het in gang zetten van een verandering (Dijkstra et al, 2006).
2. Mocht de kennis wel aanwezig zijn, maar de 'sense of urgency' ontbreekt om daadwerkelijk aan de slag te gaan, dan kan druk vanuit de sociale omgeving de toepassing van een klinische praktijkrichtlijn bevorderen (Grol et al, 2013). Deze druk kan worden gevoeld als een alomgewaardeerde collega aangeeft volledig achter de richtlijn te staan. Een vergelijkbare rol kunnen gezaghebbende organen hebben zoals een beroepsorganisatie als de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) of een wetenschappelijke vereniging, bijvoorbeeld het Ivoren Kruis.
3. Factoren in de organisatie die een belemmering vormen betreffen bijvoorbeeld de logistiek of de inrichting van de werkplek. Met een simpele aanpassing aan de werkplek kan een ergonomische aanbeveling worden ondersteund.
4. Aangepaste wet- en regelgeving of het instellen van een financiële prikkel kan de motivatie om te veranderen aanmoedigen (Grol et al, 2013).

In zijn algemeenheid kan worden gesteld, dat vroegtijdig inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren die een nieuwe klinische praktijkrichtlijn met zich meebrengt een noodzakelijk voorwaarde is voor een effectieve en duurzame verandering (Wensing et al, 2010). Voor opstellers van evidencebased richtlijnen betekent dit, dat er 3 logische momenten zijn om stil te staan bij deze factoren, namelijk in de voorbereidingsfase, de ontwikkelfase en de afrondingsfase (Regieraad Kwaliteit van zorg, 2012).

Adviezen voor richtlijnontwikkelaars

Vorbereidingsfase

In de voorbereiding van het uitwerken van een klinische praktijkrichtlijn kan al rekening worden gehouden met factoren en maatregelen die de implementatie bevorderen. Het helder afbakenen van het onderwerp is een factor die bewezen bijdraagt aan de implementatie in een later stadium (Brouwers et al, 2010). Daarnaast is het bij het aandragen

Intermezzo 3. Het periodieke mondonderzoek: van halfjaarlijkse controle naar periodiek mondonderzoek

De effecten van preventie van cariës en de toegankelijkheid van praktijken heeft geleid tot een verbeterde mondgezondheid en een toegenomen gebitsbewustzijn onder grote groepen regelmatige tandartsbezoekers. Minder tandenloosheid, meer tanden en kiezen op hogere leeftijd en meer interesse voor behoud van natuurlijke functionele en esthetisch fraaie dentities. Screening voor mondziekten, tot dan bijna volledig gericht op de detectie van cariës, werd meer divers met meer aandacht voor parodontale screening, later gevolgd door screening op erosieve slijtage. Door deze verschuivingen in ziektesoort en -patronen ontstond de behoefte aan landelijke consensus over wat bij de uitvoering van een periodiek mondonderzoek (PMO) dient te worden gescreend en hoe zieke en niet-zieke patiënten door middel van een individuele risicoanalyse beter kunnen worden herkend, waardoor gerichte preventie binnen bereik komt. Wetenschappelijk onderzoek onder tandartsen wees uit dat er onderlinge aanzienlijke niet-verklaarbare verschillen optraden bij de screening tijdens het PMO en dat er geen professionele overeenstemming bestond over wat wel en niet tot de inhoud van het PMO behoorde (Mettes et al, 2005). De behoefte aan het ontwikkelen van een landelijke EBRO-richtlijn PMO was daarmee aangetoond, omdat deze kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Maar de daadwerkelijke implementatie van deze innovatie lijkt nog niet gerealiseerd.

van een onderwerp in de richtlijnadviescommissie (RAC) van belang om inzicht te hebben in het draagvlak onder de beroepsgroep. De discussie over het nut en de noodzaak kan beter voorafgaand aan de richtlijnontwikkeling worden gevoerd, omdat deze anders vertroebelend werkt op zowel de richtlijnontwikkeling als de toepassing. Dit betekent dat met het oog op de implementatie het aan te raden is vooraf een globaal plan van aanpak te bespreken met sleutelpersonen uit de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen (Mettes et al, 2015). Als deze de meerwaarde ondersteunen, staan de eerste signalen op groen. Overigens kan de behoefte aan een richtlijn ook voortkomen vanuit het perspectief van een patiënt, een verzekeraar of de overheid. Factoren die de implementatie belemmeren treden vooral op als het onderwerp zich aandient vanuit een gesignaleerd probleem, zoals ongewenste patiëntuitkomsten of beschikbaar budget. Maar ook nieuwe bewijslast die aanleiding geeft voor het opstellen van (een herziening van) een klinische praktijkrichtlijn wordt niet altijd door betrokkenen omarmd, vooral als dit raakt aan andere, bijvoorbeeld financiële belangen. In intermezzo 3 wordt een voorbeeld gegeven van een controversiële klinische praktijkrichtlijn met hindernissen in de implementatie.

Een volgende stap in de voorbereiding die van invloed is op de implementatie, is de samenstelling van de werkgroep (Mettes et al, 2015). Een zorgvuldig gekozen werkgroep draagt bij aan het creëren van draagvlak bij alle betrokken zorgverleners. De leden van de werkgroep zullen doorgaans uit meerdere disciplines afkomstig zijn, omdat een klinische

Intermezzo 4. Instrument voor risicoanalyse tijdens periodiek mondonderzoek

Op basis van een serie uitgewerkte casussen voor jeugdigen (0-18 jaar) en volwassenen (18 en ouder) die alle mogelijke combinaties van mondziekten omvatten, werden door middel van 2 focusgroepen (2 x 15 klinische experts) in een RAND-Delphiprocedure de inhoud en frequentie van periodieke mondonderzoeken (PMO) bepaald met behulp van een risicobeslismodel. Dit leidde uiteindelijk tot 19 risicovignetten voor jeugdigen en volwassenen, die konden worden ingezet voor onderwijs en training bij het nemen van beslissingen in de praktijk door zorgverleners.

Instrument voor risicoanalyse

Het driestappenbeslismodel om risico's op mondziekten in te schatten richtte zich op het:

1. historisch ziektebeeld (gevoeligheid voor ziekte op basis van dossiergegevens);
2. de herkenning van de belangrijkste actuele risicofactoren in combinatie met;
3. de betrouwbaarste evidencebased klinische voorspeller van mondziekten, namelijk doorgemaakte ziekte-ervaring in het verleden. Dat resulteerde in 4 risicocategorieën (hoog, verhoogd, verlaagd en laag) die het aantal (nieuwe) en/of bestaande laesies per tijdseenheid registreren.

Deze uitkomsten onderbouwen het individuele risicoprofiel van een patiënt en zijn vervolgens leidend voor de inzet van gerichte preventie, de bepaling van de frequentie van bitewing-röntgenopnamen en de lengte van de controletermijn (Mettes et al, 2010a).

praktijkrichtlijn nog zelden monodisciplinair wordt ontwikkeld. De werkgroep dient alle relevante disciplines te bevatten. Belangrijk daarbij is dat de leden niet de verdenking op zich laden van enige belangenverstremming, bijvoorbeeld in de keuze van materialen of hulpmiddelen. De implementatie van de klinische praktijkrichtlijn wordt bemoeilijkt als de onafhankelijkheid van de aanbevelingen in het geding zijn.

Ontwikkelfase

Recent is gewerkt aan een checklist ter bevordering van de implementatie van richtlijnen (Tange, 2014). De basis voor deze checklist is een literatuuronderzoek naar factoren die van invloed zijn op de implementatie van richtlijnen. Deze checklist is momenteel in bewerking en gaat deel uitmaken van de zogenaamde Haringtools (www.ha-ring.nl); een leidraad voor adviseurs bij het implementeren van richtlijnen. Richtlijnontwikkelaars wordt geadviseerd de volgende aspecten te betrekken in de ontwikkelfase:

- geloofwaardigheid van het wetenschappelijke bewijs;
- relatief voordeel van de aanbevelingen;
- duidelijke en concrete beschrijving;
- uitvoerbaarheid van de aanbevelingen;
- aanbod hulpmiddelen.

Geloofwaardigheid van het onderliggende bewijs is van essentieel belang bij de implementatie (Brouwers et al, 2010; Gagliardi et al, 2012). Aanbevelingen uit een klinische

Intermezzo 5. Resultaat van het testen van de klinische praktijkrichtlijn PMO*

Richtlijn

- 70% vond de uitvoering (lay-out) en leesbaarheid van de PMO-richtlijn goed.

Ondersteunende activiteiten

- 51% was positief over de online training PMO als ondersteuning bij beslissingen.
- 97% vond scholing en training voor gebruik van de richtlijn op locatie positief.

In de praktijk

- 85% vond dat de PMO-richtlijn genoeg ruimte laat om zelf afwegingen te maken.
- 84% heeft de richtlijn grondig genoeg gelezen of onthouden.
- 71% geeft aan dat het vastleggen van gegevens te veel tijd kost, omdat software dit onvoldoende mogelijk maakt.
- 65% zegt dat deze richtlijn genoeg ruimte biedt om de wensen van de patiënt te laten meewegen.
- 56% heeft moeite met het veranderen van oude praktijkroutine.
- 50% geeft aan dat het werken volgens deze richtlijn een extra financiële vergoeding vereist.
- 36% wil graag meer over de richtlijn weten voordat zij eventueel besluiten om deze toe te passen.
- 35% vindt het werken volgens deze richtlijn te veel tijd kosten.
- 27% vindt deze richtlijn niet goed passen bij de manier van werken in de eigen praktijk, bij de eigen werkstijl.
- 22% denkt dat de richtlijn gemakkelijk misbruikt wordt in medisch tuchtrecht.
- 15% heeft in het algemeen weerstand tegen het werken volgens richtlijnen.
- 12% denkt dat onderdelen van de richtlijn onjuist zijn.
- 12% denkt dat patiënten niet meewerken aan het toepassen van deze richtlijn.
- 12% denkt dat collega-tandartsen niet meewerken aan toepassen van deze richtlijn.

* n = 60 tandartsen; gegevens verzameld in kader van promotie-onderzoek (Mettes 2008); niet eerder gepubliceerd.

praktijkrichtlijn met een duidelijk relatief voordeel werken bevorderend op het implementeren (Stetler et al, 2008; Rutten et al, 2009). Er wordt gesproken van een relatief voordeel, omdat naast de voordelen ook de nadelen en de risico's in de overweging moeten worden meegenomen. Het beschreven voordeel werkt nog sterker als dit snel te realiseren is en ten goede komt aan de mondzorgpraktijk (Rogers, 2003). Duidelijkheid in de richtlijn over de exacte doelgroep (in- en exclusiecriteria) en de concreetheid van de omschrijving van de aanbeveling vergroten eveneens de implementatiekansen (Gagliardi et al, 2012; Flottorp et al, 2013). Daarnaast heeft de uitvoerbaarheid van een aanbeveling een duidelijk effect op de implementatiekans. Hulpmiddelen kunnen hierin ondersteuning bieden, te denken valt bijvoorbeeld aan diagnostische en beslissingsondersteuning

voor het uitvoeren van een risicoprofiel (Van der Weijden et al, 2013). In intermezzo 4 staat een voorbeeld van een beslissingsondersteuning uit de mondzorgpraktijk.

Ook de kosten die gepaard gaan met de uitvoering van de klinische praktijkrichtlijn spelen een rol bij de implementatie. De compatibiliteit met andere klinische praktijkrichtlijnen en de werkwijze van de gebruiker zijn 2 andere veelgenoemde factoren die van invloed zijn op de implementatie (Rogers, 2003; Gagliardi et al, 2012; Flottorp et al, 2013). Het verwerken van deze aspecten tijdens de ontwikkelfase vergroot de kwaliteit van de klinische praktijkrichtlijn en bepaalt in sterke mate de implementatiekansen en daarmee het daadwerkelijk verbeteren van de zorg.

Afrondingsfase

Vanuit de kennis uit de onderzoeksliteratuur wordt aangeraden de klinische praktijkrichtlijn op kleine schaal of door middel van een brede commentaaronde te testen voordat deze aan iedereen wordt aangeboden (Regieraad Kwaliteit van zorg, 2012). De keuze is afhankelijk van het type aanbevelingen dat gedaan wordt. Als het vooral praktische aanbevelingen zijn dan ligt een kleinschalige praktijktest meer voor de hand. De testfase kan opnieuw factoren aan het licht brengen die belemmerend werken bij de uitvoering. De testfase maakt aanpassingen van de klinische praktijkrichtlijn ter bevordering van de implementatie mogelijk. Voor de klinische praktijkrichtlijn 'Periodiek mondonderzoek' (PMO) is destijds een vragenlijst uitgezet onder de 60 participanten van het implementatie-onderzoek (Projectgroep Kwaliteit van Tandheelkundige Zorg, 2007). Aan de zorgverleners in de mondzorgpraktijk was gevraagd de richtlijn, de ondersteunende activiteiten en het gebruik te beoordelen (intermezzo 5). De klinische praktijkrichtlijn PMO had op basis van deze gebruikersoordelen kunnen worden aangepast of de implementatiestrategie behorend bij deze klinische praktijkrichtlijn had van deze oordelen gebruik kunnen maken. Het ontbrak destijds echter aan een landelijk implementatieprogramma.

Na de testfase kan een klinische praktijkrichtlijn worden bekrachtigd in een onafhankelijke autorisatieprocedure (Mettes et al, 2015). Als deze onafhankelijkheid in het geding is, kan dit de implementatie bemoeilijken (Gagliardi et al, 2012).

Nadat een klinische praktijkrichtlijn is geautoriseerd, komt de communicatie over de richtlijn aan bod. Uiteraard dient daarbij de richtlijn eenvoudig beschikbaar te zijn (Shiffman et al, 2005).

Zelfs als bij het opzetten van een richtlijn veel aandacht is besteed aan de factoren die de implementatie bevorderen of belemmeren, is het niet gezegd dat de toepassing in de praktijk vanzelf op gang komt. Succesvolle toepassing van een klinische praktijkrichtlijn zal vaak een eigen implementatieprogramma vereisen, inspeland op de belemmerende en bevorderende factoren passend bij de specifieke aanbevelingen en de werkwijze in de mondzorgpraktijk.

Implementatieprogramma

Het succesvol toepassen van een richtlijn kan worden

bevorderd met een implementatieprogramma op maat. Implementatie op maat houdt in dat eerst knelpunten voor verandering worden geïnventariseerd, op basis waarvan vervolgens interventies of maatregelen worden gekozen die hierop aangrijpen. Zo kan nascholing een tekort aan kennis oplossen, maar meestal niet een gebrek aan tijd in de drukke praktijk. Het opsporen van knelpunten gebeurt meestal in groepsbijeenkomsten, interviews of met vragenlijsten. Afhankelijk van het onderwerp kan ervoor worden gekozen om dit landelijk, regionaal of per mondzorgpraktijk te doen. Vervolgens moet zowel de inhoud als de vorm van een implementatieprogramma zo veel mogelijk worden afgestemd op de belangrijkste knelpunten. De invulling van een implementatieprogramma wordt vaak gedaan in een projectgroep, waar bij voorkeur alle belanghebbenden bij zijn betrokken. Intermezzo 6 beschrijft een evidencebased implementatieprogramma met audit en feedback in de mondzorgpraktijk (Ivers et al, 2012).

Sommige implementatiestrategieën houden een min of meer blijvende verandering in de mondzorgpraktijk in: een ander informatiesysteem, extra assistentie of certificering. Andere strategieën hebben een beperkte tijdsduur (bijvoorbeeld een nascholingsprogramma), zodat het laten bekliven van de verandering een volgende uitdaging is. Een van de manieren om blijvende verbetering te bevorderen, is toetsing en

Intermezzo 6. Implementatie van de richtlijn 'derde molaar' in de mondzorgpraktijk met behulp van een audit- en feedbackprogramma (Van der Sanden et al, 2005)

Onverklaarbare intra- en intertandartsvariatie met betrekking tot het al dan niet indiceren van verwijdering van klachtenvrije, geïmpacteerde derde molaren in de onderkaak vormde een van de belangrijkste beweegredenen om een evidencebased klinische praktijkrichtlijn te ontwikkelen. Met behulp van een vragenlijst, die 36 verschillende casussen beschreef van een klachtenvrije, geïmpacteerde derde molaar in de onderkaak, werd de actuele kennis en het gedrag van 92 tandartsen vastgelegd. Additioneel werd het daadwerkelijke praktijkgedrag vastgelegd door het aantal verwijzingen naar een mondziekten, kaak- en aangezichtschirurg te meten. Via een clustergerandomiseerd gecontroleerd onderzoek werd het effect van de implementatiemethode (audit en feedback) van de klinische praktijkrichtlijn gemeten, door 2 groepen van 46 tandartsen met elkaar te vergelijken. De deelnemers in de interventiegroep kregen onder meer feedback op hun eigen handelen, zowel op hun aantal indicaties tot preventieve verwijdering bij de patiëntvignetten als op hun daadwerkelijke gedrag in de praktijk; deze getallen werden gespiegeld aan de groepswaarden. Daarnaast werd gedurende 1 jaar regelmatig een herinnering gestuurd aan de interventiegroep, waarin kort de belangrijkste aanbevelingen van klinische praktijkrichtlijn werden genoemd. Na afloop van het onderzoek werden de metingen herhaald. Het bleek dat het aantal richtlijnconforme terecht-positieve en terecht-negatieve beslissingen met betrekking tot de casussen in de interventiegroep statistisch significant was toegenomen, maar dat de klinische relevantie erg klein was. Als mogelijke oorzaak werd het relatief korte tijdsbestek tussen de interventie en de klinische metingen genoemd.

Intermezzo 7. Typen indicatoren en enkele voorbeelden

Structuurindicatoren richten zich op organisatorische aspecten, zoals het aantal medewerkers (fte) per 1.000 patiënten, aanwezigheid van diagnostische hulpmiddelen, aantal preventieve zorgverleners in een team en dergelijke.

Procesindicatoren beschrijven de daadwerkelijk aan de patiënt geleverde mondzorg, zoals screening, diagnose, prognose en therapie, maar ook indicatiestelling, verwijzbeleid, preventiebeleid risicopatiënten.

Uitkomstindicatoren staan voor het uiteindelijke resultaat bij de patiënten en worden uitgedrukt in de mate van gezondheid na interventies, complicaties, incidenten, gezondheidsstatus na ketenzorg, postoperatieve wondinfecties en levensduur van therapeutische interventies.

terugkoppeling hiervan naar zorgverleners (Ivers et al, 2012). Het adequaat meten van het handelen volgens de klinische praktijkrichtlijn is hiervoor een belangrijke voorwaarde.

Metten van handelen

Het handelen volgens een klinische praktijkrichtlijn in de dagelijkse praktijk kan worden geëvalueerd met behulp van zogenoemde kwaliteitsindicatoren (Braspenning et al, 2013). Een kwaliteitsindicator is een meetbaar element van het handelen in de praktijk, waarvoor bewijs voor of waarover consensus bestaat dat kan worden gebruikt om de kwaliteit van zorg en veranderingen daarin te evalueren (Lawrence en Olesen, 1997). Indicatoren geven aan in welke mate de aanbevelingen uit een klinische praktijkrichtlijn zijn gevolgd en de verwachte uitkomsten zijn behaald. De aanbevelingen betreffen de structuur, het proces of de uitkomsten van de zorg (Donabedian, 1980). Een structuurindicator is bijvoorbeeld de aanwezigheid van diagnostische hulpmiddelen. Een procesindicator geeft een beschrijving van de uitvoering van een specifieke handeling, bijvoorbeeld het uitvoeren van een risicoanalyse. De uitkomstindicatoren worden gedefinieerd dicht bij de verrichting zelf of meer in termen van het functioneren van de patiënt. Een tandarts die een restauratie vervaardigt naar aanleiding van een geconstateerde gecaviteerde carieuze laesie zal het resultaat bezien door de afwerking en de vormgeving van deze restauratie te beoordelen. De patiëntuitkomst is dan bijvoorbeeld het functionele gebruik van het gebit bij het kauwen van voedsel. Intermezzo 7 geeft enkele voorbeelden bij de diverse typen van indicatoren.

Het afleiden van een set van kernindicatoren van een klinische praktijkrichtlijn kan in een aantal stappen worden uitgevoerd (Campbell et al, 2003). Het systematisch uitwerken van deze stappen bevordert de validiteit en de betrouwbaarheid van de uiteindelijke set. Gebruikelijke stappen in deze zijn:

- stap 1. bepalen kernaanbevelingen;
- stap 2. selectie set van indicatoren;
- stap 3. consensus onder gebruikers;
- stap 4. testen van indicatoren; en
- stap 5. aanpassen van de set van indicatoren.

Richtlijnontwikkelaars zijn de aangewezen personen om de kernaanbevelingen te destilleren uit de klinische praktijk-

richtlijn. Het omzetten van kernaanbevelingen naar kwaliteitsindicatoren vraagt een specifieke expertise zoals aanwezig bij methodologisch geschoolde gezondheidswetenschappers. De volgende stap is het zoeken van draagvlak onder de gebruikers. Consensusbesprekingen kunnen daarin voorzien. Een empirische test van deze conceptindicatoren in de dagelijkse praktijk is vervolgens noodzakelijk. Met deze test wordt nagegaan of de indicatoren betrouwbare en valide uitspraken doen over het volgen van de klinische praktijkrichtlijn c.q. de verbeterde kwaliteit van zorg. Het testen van de conceptindicatoren geeft eveneens inzicht in de wijze van gegevensverzameling en welke ondersteuning daarbij kan worden gegeven. Naar aanleiding van de test wordt de set van kwaliteitsindicatoren zo nodig aangepast, waarmee de bruikbaarheid toeneemt. De empirische test van de kwaliteitsindicatoren kan worden uitgevoerd in de afrondingsfase van de klinische praktijkrichtlijn.

De score op een kwaliteitsindicator kan worden vergeleken met behaalde scores uit het verleden, met een score afkomstig van 'best practices' of met een norm (Grol et al, 2013). Deze vergelijkende informatie is indicatief voor de geleverde kwaliteit van zorg. Voor een juiste interpretatie van een kwaliteitsindicator is doorgaans ook informatie nodig over de context, zoals patiënt-, aandoenings- en gezondheidskenmerken, de zogenoemde casemixinformatie. Vaak wordt een score op een kwaliteitsindicator immers bepaald door zowel het handelen in de mondzorgpraktijk als het gezondheidsgedrag van de patiënt.

Slot

In Nederland is - evenals daarbuiten - weinig tot geen ervaring met het systematisch implementeren van EBRO-richtlijnen in de mondzorg (Gezondheidsraad, 2012). Het Nederlandse onderzoek op dit terrein geeft aan dat lokale bijeenkomsten in combinatie met scholing en interventies op verschillende niveaus (patiënt, zorgverlener en betrokken organisaties) succesvol kunnen zijn (Van der Sanden et al, 2005; Mettes et al, 2010b). Elke klinische praktijkrichtlijn zal echter bij de ondersteuning van de toepassing in de praktijk een eigen dynamiek kennen. Het stimuleren van het gebruik van een klinische praktijkrichtlijn in de mondzorgpraktijk is een complex proces van lange adem en vraagt specifieke expertise vanuit meerdere disciplines. Dat geldt voor zowel de richtlijnontwikkelaars binnen KiMo als de mondzorgverleners in de praktijk. Die laatste groep ziet zich voor een nagenoeg geheel nieuwe taak gesteld om aanbevelingen van toekomstige klinische praktijkrichtlijnen vorm te geven in de eigen werkomgeving. Daarin is ondersteuning met adviezen en scholing onmisbaar. Voor toekomstige mondzorgverleners beginnen deze scholing en training idealiter in de opleidingen aan universiteiten en hogescholen. Hoewel de mondzorgpraktijk zijn eigen karakteristieken kent, kan de jarenlange ervaring van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Centraal BegeleidingsOrgaan, die is opgebouwd bij erkende richtlijnontwikkelaars binnen en buiten de eerste lijn, behulpzaam zijn. Gerichte samenwerking behoort dan ook tot de mogelijkheden om de belangrijkste

valkuilen met betrekking tot implementatie van klinische praktijkrichtlijnen voor de mondzorg in de beginfase te omzeilen.

Het is van belang om bij het opstarten van KiMo nadrukkelijk aandacht te vragen voor het vormgeven van een weloverwogen strategie ter bevordering van het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen, zoals beschreven (Grol et al 2013; Van Everdingen et al, 2013; www.ha-ring.nl/). Het expliciteren van factoren die van invloed kunnen zijn op de implementatie van klinische praktijkrichtlijnen verdient aandacht in elke fase van de richtlijnontwikkeling: vanaf het moment dat er een werkplan met knelpuntenanalyse ligt voor de richtlijnontwikkelcommissie (ROC) tot het moment van daadwerkelijk invoeren in de praktijk na autorisatie. In de ideale situatie staat het resultaat in een apart hoofdstuk van iedere klinische praktijkrichtlijn. In dat hoofdstuk wordt een duidelijk, praktisch en realistisch plan van aanpak voor de implementatie beschreven. Aangegeven wordt op welke doelgroepen de specifieke activiteiten zijn gericht en in samenwerking met welke betrokken organisaties ze worden uitgevoerd, maar ook welke hulpmiddelen en strategieën inzetbaar zijn, bijvoorbeeld softwareapplicaties voor registratie.

Het gebruik van kwaliteitsindicatoren kan bij de implementatie van een klinische praktijkrichtlijn ondersteunend werken. De kernaanbevelingen uit een klinische praktijkrichtlijn vormen de basis voor het formuleren van kwaliteitsindicatoren, waarmee wordt 'gemeten' in hoeverre een mondzorgverlener richtlijnconform handelt en welk resultaat is behaald. Voor het opstellen van de indicatoren is het van belang het gebruik van de indicator te expliciteren. Mogelijke gebruiksdoelen zijn het interne kwaliteitsbeleid, keuze-informatie, zorginkoop en/of toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Het doelmatig gebruik van klinische praktijkrichtlijnen en de daarvan afgeleide kwaliteitsindicatoren vraagt bij de opstart van een landelijk programma serieuze inspanningen en kosten. Het is aan te bevelen de rol en de verantwoordelijkheden van KiMo bij het ontwikkelen en uitzetten van klinische praktijkrichtlijnen en kwaliteitsindicatoren als onderdeel van de implementatie van EBRO-richtlijnen expliciet te omschrijven door middel van een vast te stellen procedure c.q. werkplan.

Vanuit haar coördinerende taak kan KiMo zorgen dat de disseminatie, implementatie en evaluatie van klinische praktijkrichtlijnen van de grond komt. Samenwerking met externe partijen, voor gegevensverzameling en -analyse, evenals wetenschappelijk praktijkgericht onderzoek naar valide methoden is daarbij onontbeerlijk.

Literatuur

- * Braspenning JCC, Bouma M, Hoenen J. Indicatoren op basis van richtlijnen. In: Van Everdingen e.a. (red). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2013.
- * Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation

in health care. CMAJ 2010; 182: E839-842.

- * Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. Brit Med J 2003; 326: 816-819.
- * Campbell S, Tickle M. How do we improve quality in primary dental care? Br Dent J 2013; 215(5): 239-243.
- * Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- * Dijkstra R, Wensing M, Thomas R, et al. The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals: a meta-analysis. BMC Health Serv Res 2006; 6: 53.
- * Everdingen JJE van, Dreesens DHH, Burgers J, Swinkels JA, Barneveld TA van, Weijden T van der. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2013.
- * Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implement Sci 2013; 8: 35.
- * Gagliardi AR, Brouwers MC, Bhattacharyya OK. The guideline implementability research and application network (GIRAnet): an international collaborative to support knowledge exchange: study protocol. Implement Sci 2012; 7: 26.
- * Gezondheidsraad. De mondzorg voor morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012 (publicatienr. 2012/04).
- * Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362: 1225-1230.
- * Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: The implementation of change in health care. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2013.
- * Institute of medicine, IOM. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: Institute of medicine, 2001.
- * Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2012, 6: CD000259.
- * Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract 1997; 3: 103-108.
- * Mettes TG, Bruers JJ, Sanden WJ van der, Verdonschot EH, Mulder J, Grol RP, Plasschaert AJ. Routine oral examination: differences in characteristics of Dutch general dental practitioners related to type of recall interval. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 219-226.
- * Mettes TGPH. Routine oral examination: towards a patient-tailored risk strategy. Nijmegen: Radboudumc, 2008. Academisch proefschrift.
- * Mettes TG, Sanden WJ van der, Eeten-Kruiskamp L van, et al. Routine oral examination: clinical vignettes, a promising tool for continuing professional development? J Dent 2010a; 38: 377-386.
- * Mettes TG, Sanden WJ van der, Bronkhorst E, Wensing M, Grol RPTM, Plasschaert AJM. Impact of guideline implementation on patient care: a cluster RCT. J Dent Res 2010b; 89: 71-76.
- * Mettes TG, Loveren C van, Oirschot B van, Maanen NW van, Weijden GA van der, Bruers JM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 2. Proces en inhoud van evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO). Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 21-31.
- * Projectgroep Kwaliteit van Tandheelkundige Zorg. Klinische praktijkrichtlijn Periodiek mondonderzoek. Nijmegen: Radboudumc, 2007.

- * *Regieraad Kwaliteit van zorg*. Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- * *Rogers EM*. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 2003.
- * *Rutten G, Kremers S, Rutten S, Harting J*. A theory-based cross-sectional survey demonstrated the important role of awareness in guideline implementation. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 167-176.
- * *Sanden WJ van der, Mettes DG, Plasschaert AJ, Grol RP, Mulder J, Verdonshot EH*. Effectiveness of clinical practice guideline implementation on lower third molar management in improving clinical decision-making: a randomized controlled trial. *Eur J Oral Sci* 2005; 113: 349-354.
- * *Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, et al*. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak* 2005; 5: 23.
- * *Stetler CB, McQueen L, Demakis J, Mittman BS*. An organizational framework and strategic implementation for system-level change to enhance research-based practice: QUERI Series. *Implement Sci* 2008; 3: 30.
- * *Tange H, Ronda G, Bours S, Braspenning J, Wensing M, Weijden T van der*. Naar een bruikbare checklist ter bevordering van de implementatie van richtlijnen. Maastricht/Nijmegen: Caphri (MUMC)/IQ healthcare (Radboudumc), 2014.
- * *Weijden T van der, Pieterse AH, Koelewijn-van Loon MS, et al*. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 855-863.
- * *Wensing M, Bosch M, Grol R*. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ* 2010; 182: E85-E88.
- * *Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J*. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527-530.

Summary

Evidence-based clinical oral healthcare guidelines 4. Adherence requires an implementation strategy

Adherence to clinical guidelines requires support in practice. However, systematic implementation of evidence-based guidelines is not common practice in oral healthcare. The Knowledge Institute Oral Care (KiMo) offers the opportunity to take into account potential barriers and facilitators during the development of evidence-based clinical practice guidelines. These factors which are relevant to the guideline and the oral healthcare practice provide the ingredients for a tailor-made programme of implementation that has a scientific basis. Elements of any implementation programme are the quality indicators derived from the oral healthcare guidelines. These indicators should fit, on the one hand, the specific goals of the guidelines (patient safety, effectiveness, efficiency, patient-centred, timeliness, accessibility) and, on the other hand, the various perspectives of the different stakeholders, such as patients, caregivers, health insurers and inspectorate. These quality indicators provide information on adherence to the guidelines, the results of a certain treatment and the success of the implementation strategy, all with the aim to improve the quality of oral healthcare.

Bron

J.C.C. Braspenning^{1,2}, T.G.P.H. Mettes², W.J.M. van der Sanden², M.J.P. Wensing¹

Uit 'de afdeling IQ healthcare en 'de opleiding Tandheelkunde van het Radboudumc in Nijmegen

Datum van acceptatie: 29 januari 2015

Adres: mw. dr. J.C.C. Braspenning, Radboudumc, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

joze.braspenning@radboudumc.nl